

ふりがな

【生年月日】

名前

(男・女) 昭・平・令 年 月 日 (才)

〒 —

住所

電話番号

— —

携帯番号

— —

【症状はいつからですか？】

《当てはまる項目に○をつけて下さい》

【耳】 痛い(右・左) かゆい(右・左) 耳あか(右・左)
耳だれ(右・左) 耳鳴り(右・左) 耳閉感(右・左)
聞こえない(右・左) 聞こえにくい(右・左)

【鼻】 鼻水 鼻づまり くしゃみ 鼻血 痛い おでき

【喉】 痛い 腫れている 声が出ない 咳 たん
詰まる感じがする 口内炎 飲み込みにくい
息苦しい 魚の骨(何を食べましたか?))

【その他】 発熱 (°C) 頭痛 吐気 嘔吐

めまいがする 下痢 腹痛 だるい
()

* B型・C型肝炎と言われたことがありますか? はい・いいえ

* 現在薬を服用していますか? お薬手帳お持ちの方はお見せ下さい はい・いいえ

* (女性のみ)現在妊娠又は妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ

* (女性のみ)授乳中ですか? はい・いいえ